



COMMISSION SCOLAIRE CENTRAL QUÉBEC
CENTRAL QUÉBEC SCHOOL BOARD

**FORMULAIRE D'INFORMATION PRÉSCOLAIRE POUR DES NOUVELLES INSCRIPTIONS À
CSCQ POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 2025-2026**

- ☐ programme pour les 4 ans (éducation à l'enfance – École Holland seulement)
☐ programme pour les 4 ans (maternelle) ☐ programme pour les 5 ans (maternelle)

1. Identification de l'enfant : Nom de famille : _____ Prénom : _____ Admissible pour une éducation en anglais : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Incertain	Veuillez coller une photo de votre enfant pour une identification facile
---	--

2. Transport à la fin de la journée d'école			
Quitte avec un parent <input type="checkbox"/>	Va au service de garde de l'école <input type="checkbox"/>		
Prend l'autobus, si autorisé <input type="checkbox"/>	Avec son frère/sa sœur: <input type="checkbox"/>	Nom du frère ou de la sœur : _____	
	Numéro de l'autobus : _____	Niveau scolaire : _____	Salle de classe : _____
Autres arrangements : <input type="checkbox"/> _____			
Adulte(s) autorisé(s) à quitter avec l'enfant : Nom : _____			
Nom : _____			

Aidez-nous à en apprendre plus sur votre enfant

3. Langues :		Langue maternelle : _____		
MON ENFANT	Oui	Non	Très peu	Commentaires
Comprend l'anglais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Parle anglais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
A des problèmes de prononciation (zézaiement, bégaiement, certains sons, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Langue parlée à la maison :	anglais <input type="checkbox"/>	français <input type="checkbox"/>	anglais & français <input type="checkbox"/>	Autre : <input type="checkbox"/> _____

Ce formulaire sera mis à la disposition des employés de l'école qui travaillent avec votre enfant.

4. Service de garde fréquenté antérieurement

Votre enfant a-t-il fréquenté : Garderie familiale ☐ Service de garde (CPE) ☐ Programme pour les 4 ans ☐ Non applicable ☐

Si oui, À temps partiel ☐ _____ (jours/semaine) À temps plein ☐ Combien d'années? _____

Si oui, ☐ anglais ☐ français ☐ autre : _____

Mon enfant a déjà bénéficié d'un plan d'intervention ☐ Oui * ☐ Non

Veuillez spécifier _____

*****Si OUI, veuillez fournir une copie du plan d'intervention à l'école.**

5. Renseignements importants sur mon enfant

Mon enfant fait une sieste l'après-midi ☐ oui Pendant combien de temps? (minutes) _____ ☐ non

Mon enfant est capable :

- de s'habiller tout seul ☐ oui ☐ non
- d'aller aux toilettes tout seul ☐ oui ☐ non
- de se nourrir tout seul ☐ oui ☐ non

Événements récents dans la vie de mon enfant

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Divorce / Séparation | <input type="checkbox"/> Déploiement militaire d'un parent |
| <input type="checkbox"/> Déménagement | <input type="checkbox"/> Naissance dans la famille |
| <input type="checkbox"/> Mortalité dans la famille | <input type="checkbox"/> Changement d'occupation d'un parent |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de santé graves dans la famille | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

Votre enfant a-t-il reçu un ou plusieurs des services spécialisés suivants :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ergothérapie | <input type="checkbox"/> Pédopsychiatrie |
| <input type="checkbox"/> Psychoéducation | <input type="checkbox"/> Psychologie |
| <input type="checkbox"/> Services psychosociaux | <input type="checkbox"/> Neurologie |
| <input type="checkbox"/> Orthophonie | Autre : _____ |

Veuillez fournir des copies des rapports à l'école dès que possible.

Votre enfant a-t-il fait vérifier sa vision et son audition ?

Année du dernier examen de la vue _____

Année du dernier dépistage auditif _____

Avez-vous des inquiétudes quant au développement de votre enfant ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Autonomie | <input type="checkbox"/> Estime de soi |
| <input type="checkbox"/> Attention | <input type="checkbox"/> Développement social |
| <input type="checkbox"/> Mémoire | <input type="checkbox"/> Langage oral |
| <input type="checkbox"/> Motricité fine ou globale | <input type="checkbox"/> Anxiété |
| <input type="checkbox"/> Comportement | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |